

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1940

THÈSE

N°
668

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean PEYRON

Né le 8 décembre 1908, à Paris

Les
Anomalies d'Auscultation
du Cœur Normal

Président : M. LAUBRY, Professeur

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1940

THÈSE

pour le DOCTORAT en MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Jean PEYRON

Né le 8 décembre 1908, à Paris

Les

Anomalies d'Auscultation du Cœur Normal

Président : M. LAUBRY, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1940

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLERY
	RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique Médicale	ABRAMI.
	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	NOBÉCOURT.
	LAIGNEL-LAVASTINE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
	OMBRÉDANNE.
	HARVIER.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	Maurice VILLARET.
	TROISIER.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
	N...
	HAZARD.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.
Clinique chirurgicale	
Clinique ophtalmologique	
Clinique urologique	
Clinique d'accouchements	
Clinique gynécologique	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique thérapeutique médicale	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique thérapeutique chirurgicale	
Clinique propédeutique	
Clinique de la tuberculose	
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	
Clinique de cardiologie	
Clinique de neuro-chirurgie	
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgicale.	COSTE	Pathologie médicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	COUVELAIRE	
BERNARD (E.).	Pathologie médicale.	(Roger)	Urologie.
BEZANÇON (J.).	Hydrologie.	DEJARUE ...	Anatomie pathologique.
BONNET	Bactériologie.	DELAY	Pathologie médicale.
BOULANGER ..	Chimie.	DEGREZ (H.)..	Physique.
BOULIN	Pathologie médicale.	DESOILLE ...	Médecine légale.
BROUET	Pathologie médicale.	DIGONNET ..	Obstétrique.
BULLIARD ...	Histologie.	DOGNON	Physique.
CACHERA	Pathologie médicale.	FUNCK	Pathologie chirurgicale.
CORDIER	Anatomie.	GALLIARD ...	Parasitologie.

II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

MM.		MM.	
ARCON	Pathologie médicale.	MARCHAL ...	Pathologie chirurgicale.
^{le} GAUTHIER.		MÉNÉGAUX ..	Pathologie chirurgicale.
VILLARS ...	Anatomie pathologique.	MOLLARET ..	Pathologie médicale.
YET	Physiologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
E GENNES ...	Pathologie médicale.	PATEL	Pathologie chirurgicale.
ROUD	Histologie.	PETIT-DUTAIL-	
AGUENAU ..	Pathologie médicale.	LIS	Pathologie chirurgicale.
ALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.	RENARD	Ophtalmologie.
ANNON	Hygiène.	RICHET	Physiologie.
COMME	Obstétrique.	SÈNEQUE	Pathologie chirurgicale.
INTUÉJOUL..	Obstétrique.	SICARD	Pathologie chirurgicale.
VIER	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
ELONG	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
MAIRE	Pathologie expérimentale.	TURPIN	Pathologie médicale.
^{le} J. LÉVY..	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
ENEGRE	Pharmacologie.		

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
GLAVE	Pathologie chirurgicale.	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
USQUET ...	Pharmacologie.	LE LORIER ..	Obstétrique.
HAILLEY-		NEVEU-	
BERT	Physiologie.	LEMAIRE ..	Parasitologie.
JENIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL .	Obstétrique.
EITZ-BOYER.	Pathologie chirurgicale.		

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
LAJOUANINE.	Clinique médicale.	BASSET.	Clinique chirurgicale.
RULÉ.		BROCC.	
ATHALA		CADENAT.	
ABROLL.		GATELLIER.	
HEVALLIER		DE GAUDART	
ASTINEL		D'ALLAINES.	
ONZELOT.		MOULONGUET.	
UVOIR.		QUÉNU.	
UGUENIN		MOURE.	
ROCHE (G.).			
AN.			
OREAU			
ÉDELIEVRE.			
ÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	Clinique obstétricale.		
METZGER.			
VIGNE.			
PORTES.			

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
HAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
EDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
UPPE	Stomatologie.
EIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE, LE DOCTEUR PEYRON

A MA MERE

A MON FRERE

A MES DEUX COUSINS

Meis et Amicis.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAUBRY
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris.

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur de bien vouloir accepter la
présidence de cette thèse.*

Hommage respectueux.

A MON MAITRE LE PROFESSEUR DUVOIR

Professeur Agrégé de la Faculté de Médecine de Paris.

A MONSIEUR LE DOCTEUR THIROLOIX

*En souvenir de l'enseignement que
nous avons reçu.*

INTRODUCTION

Au cours des visites médicales journalières dans les corps de troupe, et des examens pendant les commissions de réforme, les plaintes des soldats pour des troubles cardiaques, sont fréquentes.

Dès le début de la guerre, nous avons eu la bonne fortune de suivre les consultations d'un centre de cardiologie dans un sous-secteur et très rapidement, nous nous sommes rendu compte que dans bien des cas, nous nous trouvions en présence d'examen cardiaques posant de difficiles problèmes d'interprétation quant à l'organicité des symptômes graves.

L'urgence, l'importance primordiale des décisions qui en découlaient en temps de guerre donnaient à ces problèmes un caractère d'acuité qui nous contraignait à une décision rapide et aussi précise que possible.

Nous ne retiendrons pas les cas où les signes d'auscultation cardiaque étaient évidents; il s'agissait évidemment alors de prendre une décision.

Nous nous attarderons longuement à ceux dont les signes d'auscultation cardiaque étaient incertains, posant un problème difficile.

Il fallait chez ces sujets chercher ce qui était vraiment pathologique, incompatible avec le service militaire.

La question se posait, comme il arrive si souvent en pratique de faire la discrimination entre les inquiets, les émotifs et les organiques.

Ici la seméiologie fonctionnelle prenait une signification d'autant plus grande qu'il ne s'agissait pas d'une majorité d'intellectuels analysant leurs sensations, mais la plupart du temps d'ouvriers et de paysans pour lesquels l'auto-observation est un exercice assez inhabituel.

L'équipement du centre comprenant radiographie, radioscopie, électrocardiographie, réalisait de bonnes conditions d'examen.

Les salles d'hospitalisation, divisées en taxes d'isolement éliminaient les raisons d'émotivité qu'eussent pu provoquer des visites de salle commune.

Cotoyant les accidents d'ordre neurotoniques, se plaçaient des cas dont l'auscultation se trouvait à la limite des faits habituellement considérés comme pathologiques.

Ce sont ceux qui ont retenu notre attention.

CLINIQUE

LE MALADE. — Les formations militaires les plus diverses relevaient médicalement du Centre.

On y envoyait donc des consultants de tous âges, allant de 20 à 45 ans, de toutes les tailles, de toutes les corpulences.

SIGNES FONCTIONNELS. — Les premières manifestations accusées par les malades sont les palpitations, particulièrement la nuit ; l'effort n'a pas d'effet sur ces palpitations, dont l'ampleur n'en est pas augmentée.

Elles surviennent souvent par salves, que provoquent une émotion ou un repas et peuvent en imposer pour une crise de tachycardie paroxystique.

Mais le début en est moins brutal et surtout il est exceptionnel que la tachycardie dépasse 120-130.

Le pouls est le plus souvent ample et régulier. Les bruits du cœur vigoureux, souvent même tumultueux, s'écartant des caractères habituels de la maladie de Bonneret.

Dans certains cas la sensation est constante, nuit et jour, pouvant entraîner de l'insomnie.

Dans de nombreuses observations, ces palpitations s'accompagnaient d'algies thoraciques et ce n'était pas une.

Ces algies peuvent apparaître à n'importe quel moment, sans qu'aucune cause extérieure puisse être incriminée. Cependant, elles apparaissent surtout la nuit, alors que le malade est plus livré à lui-même et plus sujet à « s'écouter », traduisant ainsi leur origine plutôt psychique que physique.

Elles ne sont pas calmées par la trinitrine qui chez ces sujets aurait tendance à donner des bouffées congestives accentuées, mais sont calmées par le bromure, l'aspirine.

Leur type n'est pas bien défini; elles peuvent être soit transfixiantes, soit aiguës, soit sourdes.

Elles siègent particulièrement dans la région mesocardiaque et s'y cantonnent, ayant peu de tendances à l'irradiation.

Elles diffèrent donc profondément de l'angine de poitrine vraie.

Il leur manque le caractère de gravité angoissée que donne la douleur profonde rétrasternole et l'impression de mort imminente, les irradiations dans les membres, le cou, la mâchoire, d'une si grande valeur sémiologique; enfin elles ne cèdent pas à la thérapeutique héroïque qui est la trinitrine.

L'examen clinique apporte un élément différentiel de plus : à l'indifférence de l'examen clinique de

l'angor vrai s'oppose une séméiologie importante : le pouls est rapide, le cœur tumultueux, la pression artérielle souvent un peu élevée à 17-18, en un mot comme dans la sensation de palpitations, on retrouve ici l'examen de l'éréthisme cardiaque vrai permanent.

Au cours des examens des billets d'hôpital portaient le diagnostic d'angine de poitrine et l'âge des sujets de 20 à 40 ans, et la gravité de la maladie nous amènent à serrer de près l'interrogatoire et à replacer dans le chapitre des algies thoraciques simples ces redoutables diagnostics.

Toutefois, chez les sujets dont nous nous occupons, la ténacité des algies nécessitent parfois un interrogatoire long et précis, le récit de la maladie s'enrichissait fréquemment de souvenir d'angor qui peut avoir existé dans la famille.

Il est nécessaire de faire préciser ce que ressent exactement notre malade et pour cela il faudra parfois une mise en observation assez prolongée avec des interrogatoires fréquemment renouvelés. Ceci du point de vue médical d'abord et aussi du point de vue militaire, pour voir si le sujet ne tente pas de nous en faire accroire sur la gravité de son état et en profite pour se soustraire à ses obligations militaires.

LA DYSPNÉE. — La dyspnée d'effort, moins importante, a cependant une existence réelle.

C'est surtout une dyspnée d'origine psychique (comme la plupart de ces manifestations chez ces malades) s'exagéreront justement par la crainte qu'éprouve le sujet de ressentir cette dyspnée.

On ne constate ni store pulmonaire, ni store hépatique, ni store dans les membres inférieurs.

La tension artérielle est généralement élevée. La minima est relativement plus élevée que la maxima. Le type courant en est 17-11.

Cependant, tout rentre rapidement dans l'ordre. Dans la station debout la tension peut monter au-dessus de ces chiffres, la minima pouvant atteindre 19 et même 20.

Le simple repos couché, au lit, fait retomber ces nombres à 17-14.

SIGNES PSYCHIQUES. — Comme nous l'avons déjà dit, l'examen est dominé par les signes d'éréthisme cardiaque qui tiennent la plus grande partie du tableau.

La tachycardie est importante, pouvant monter à 90-100 et même 140 pulsations par minute.

INSPECTION. — On note une turgescence notable des vaisseaux du cou qui s'accompagne d'une tension des piquelaires ayant dans quelques cas permis de constater à l'œil un véritable galop jugulaire.

Dans les cas extrêmes, les artères battent à un tel point qu'elles réalisent une véritable danse systolique, également visible à la radio.

A la palpation, on note un choc de la pointe, évoquant le choc en dôme par sa dureté et son importance. La pointe est à sa place, en dedans de la loge mamelonnaire.

Mais c'est surtout l'auscultation qui vient nous apporter les éléments les plus importants de l'examen.

MODIFICATIONS DU TIMBRE. — Une des modifications les plus importantes est celle du timbre des bruits du cœur.

Ceux-ci sont vibrants, secs, durs, pouvant annoncer un véritable état clangoreux des deux bruits du cœur, mais en gardant cependant un caractère moins métallique que dans le clangor vrai.

RYTHMES A TROIS TEMPS. — Fréquentes aussi toutes les altérations de la révolution cardiaque avec apparition de rythmes à trois temps.

Les plus fréquentes sont les dédoublements du premier bruit en imposant pour un rythme de galop.

Mais un examen attentif montre qu'il s'agit de bruits plus secs, plus brefs que dans le galop vrai, et surtout que les deux premiers éléments sont très rapprochés l'un de l'autre.

Il n'existe pas cette distinction nette et assourdie qui sépare le bruit présystolique du premier bruit du cœur. Les deux éléments en sont secs, nets et rapprochés.

Mais si la sémérologie pouvait laisser un doute sur l'interprétation, l'examen général suffirait à le lever, car il manque à ce faux galop « selon l'expression de Gallavardin » l'atmosphère du galop vrai.

Ici, pas de choc en masse avec gros cœur, pas de dyspnée avec cyanose, pas d'hépatomégalie avec œdèmes, pas de store pulmonaire; il s'agit d'un rythme à trois temps solitaire avec un volume cardiaque cliniquement et radiologiquement normal.

Dans d'autres cas, le rythme à trois temps est réalisé par un bruit mésosystolique.

Il s'agit de claquements secs, brefs, superficiels, ayant un caractère plus éclosoir que les deux bruits cardiaques qui l'encadrent.

Il s'agit là sans doute de claquements péricardiques, ce qui fait penser le caractère superficiel et le peu de propagation de ces bruits.

Une réserve doit être faite à leur sujet si cet accident est solitaire; il peut ne pas être considéré comme pathologique, mais s'il s'accompagne d'extra-systoles surtout s'il existe la notion clinique ou radiologique d'une apparition pleurale ancienne ils peuvent être les témoins d'une symphyse péricardique localisée et peuvent entraîner des décisions comparables à celles qu'imposent les lésions organiques.

DÉDOUBLEMENTS DU SECOND BRUIT. — Ils s'observent à la pointe et sont comparables au bruit d'ouverture de la valvule mitrale.

Il s'agit d'un diagnostic difficile; ce sont même en fait les plus difficiles à diagnostiquer dans un rythme rapide.

Nous rappellerons que l'on observe souvent de fortes tachycardies.

Ils ont en effet un caractère musculaire, étouffé, qui rappelle par leur timbre le rythme de galop.

Le diagnostic se fera seulement sur un cœur ralenti probablement, par le repos généralement. D'autre part l'examen radiologique qui montre un cœur normal, fera rejeter, particulièrement chez un sujet jeune, l'hypothèse d'un rythme de galop véritable observé au cours d'une myocardie.

Il faudra, avant de penser qu'il s'agit là d'un galop véritable, se livrer à de nombreux examens.

C'est d'ailleurs chez des sujets analogues que l'on trouve une tension basse. Peut-être pouvons-nous voir là la cause de ce rythme à trois temps.

LES TROISIEMES BRUITS DU CŒUR

On peut observer chez certains sujets normaux un troisième bruit du cœur. Le sujet étant placé en décubitus latéral, on peut entendre ce troisième bruit à la pointe. Son timbre est bref, sa tonalité basse; il s'entend immédiatement après le deuxième bruit. On ne l'entend d'ailleurs généralement que chez les sujets dont le cœur bat d'une façon relativement lente.

LES SOUFFLES

L'existence d'un souffle dans la région cardiaque chez ces sujets pose un problème militaire peut-être plus important encore, car si l'on s'en tient aux termes des instructions du Service de Santé, est susceptible d'entraîner la réforme.

Il serait superflu de reprendre ici l'étude des souffles organiques cardiaques, dont la séméiologie est bien établie par ailleurs.

Nous nous attacherons particulièrement à ceux qui apparaissent en dehors de toute lésion valvulaire organique.

Nous les classerons en souffles anorganiques, extra-cardiaques et souffles intra-cardiaques.

Nous nous étendrons peu sur les souffles extra-cardiaques; leurs caractères sont connus, leur pathogénie, quoique discutable, est communément admise.

Il faut insister sur le fait que, souvent, leur diagnostic demande des examens fréquemment répétés, et savoir qu'un souffle d'apparence organique intra-cardiaque peut disparaître par le repos et le ralentissement du rythme et être reconnu par la suite comme étant d'origine extra-cardiaque.

Inversement, un souffle bref, inconsistant à l'auscultation d'un cœur rapide, peut prendre toute une individualité de souffle organique lorsque le cœur est ralenti.

On ne saurait donc trop insister sur la nécessité de répéter les examens, et ne pas poser un diagnostic définitif sur la stabilité d'un souffle en cours d'un seul examen.

Beaucoup plus intéressant sont les souffles anorganiques intra-cardiaques.

Il s'agit là de souffles intimement rythmés par la révolution cardiaque, persistant au cours de l'examen et aussi longtemps que les conditions qui ont présidé à leur apparition se trouvent réalisées.

Ils sont entièrement liés à l'éréthisme cardio-vasculaire et prennent naissance de par les modifications que celui-ci peut apporter à l'équilibre des veines liquides et à la tonicité des parois vasculaires.

Les caractères qu'ils offrent à l'examen clinique, leur existence momentanée, variant d'un examen à l'autre, sont au moins dans le temps, l'absence de raisons à leur organicité dans les antécédents pathologiques; en dernier lieu, l'absence de signes à distance d'insuffisance circulatoire les distingue nettement des souffles organiques.

Leur siège, variable, peut se trouver soit à la pointe soit à la base, soit dans la région méso-cardiaque gauche.

Les souffles opresciens sont de timbre bref, ne se propagent pas. Leur durée est égale à celle de l'éréthisme cardiaque.

Classiquement, ce sont des souffles de tonalité lointaine, dont l'existence peut même, au premier abord, sembler assez discutable.

L'effort est susceptible de les exagérer, mais ils retrouvent rapidement leur caractère primitif.

Ici encore, la question de leur organicité ne se pose pas; leur disparition par le repos et par le calme lève définitivement le doute qui pourrait peser.

Les souffles systoliques de la base sont réalisés par un ensemble de souffles anorganiques dits aortiques qui s'entendent le long des deuxième et troisième espaces intercostaux.

Leur caractère fonctionnel, lorsqu'il n'y a pas de frémissement et que l'image radiologique est normale, ne saurait nullement être mis en doute.

Les souffles systoliques endopexiens présentent un tout autre intérêt.

Ce sont des souffles qui siègent dans les troisième et quatrième espaces intercostaux, à deux ou trois travers de doigts du bord du sternum.

Ils ont un caractère souvent discret, mais peuvent avoir une tonalité forte, pouvant parfois en imposer pour un souffle organique.

Dans quelques cas même, ils peuvent avoir tendance à s'irradier vers la clavicule, mais cette irradiation est courte et s'éteint rapidement.

Ce qui en fait la distinction avec les souffles de l'artère pulmonaire, c'est précisément l'absence

d'irradiations lointaines, venant s'ajouter à l'absence de frémissements.

Cependant, il n'en est pas moins certain que, dans quelques cas, la discrimination peut donner lieu à de sérieuses difficultés.

En dehors des anamnétiques et de la recherche d'autres stigmates de malformations congénitales, qui seront toujours recherchées et apporteront des renseignements précieux pour formuler une opinion, la radio apportera un concours non négligeable.

Très souvent, l'image cardiaque apparaîtra immédiatement normale, et le doute sera levé; il ne pourra s'agir d'une malformation organique.

Mais parfois, on trouvera à l'écran une silhouette radioscopique légèrement atypique. Le cœur se trouve allongé, surtout aux dépens de l'arc moyen qui peut présenter une forme en saillie, évoquant de très près l'image que l'on trouve dans le rétrécissement mitral. Si l'on place alors sur la peau un repère opaque aux rayons X (une pièce de cinq sous par exemple, maintenue par un adhésif) au siège de plus grande intensité du souffle, on remarquera qu'il (le repère) se projette exactement sur l'arc moyen.

On se trouve alors vis-à-vis d'un problème délicat: quel sens donner à cette superposition d'anomalies cliniques et anatomiques?

Il est difficile de classer ces souffles parmi les lésions de l'artère pulmonaire, car rien dans l'exa-

men de ces malades ne porte à faire une telle interprétation. En dehors de la séméiologie cardiaque, tout est normal. Il n'y a ni signes fonctionnels, ni signes généraux traduisant une souffrance circulatoire.

En nous reportant en arrière, nous retrouvons dans les archives de la consultation de l'hôpital où avaient été conservées ces observations, des sujets identiques et qui jamais n'ont, par la suite, présenté d'accidents vasculaires.

Bien plus, lorsque ces accidents étaient constatés chez des sujets très jeunes, il n'était pas rare de les voir rétrocéder et disparaître avec le développement viscéral.

Il ne saurait être question de les considérer comme des souffles extra-cardiaques, leur siège constant, leur caractère sonore, leur durée ne leur permettent pas d'envisager un tel diagnostic.

Enfin, l'hypothèse d'un rétrécissement mitral fruste n'est pas à retenir.

Il serait vraiment étrange autour de signes frustes dans la maladie de Rurosver et surtout l'on comprendrait mal leur disparition ultérieure, dans les cas où ils font leur apparition avant la fin de la croissance.

En l'absence de vérifications anatomiques inévitables, puisqu'il s'agit d'accidents sérieux, nous en sommes réduits aux hypothèses,

L'une d'entre elles nous a particulièrement retenu, par sa coaptation avec les signes cliniques et évolutifs.

Nous pensons qu'il s'agit là de souffles intra-cardiaques se produisant par la formation de remous dans la région de l'origine de l'artère pulmonaire.

Une anomalie d'inversion de pilier, une cavité un peu trop vaste bien que toutefois, restant dans les limites de la normale, anatomique et physiologique peuvent donner naissance à des vibrations de veines liquides, créant ces souffles anorganiques intra-cardiaques.

Leur siège localisé, leur superposition a une exagération radiologique de la silhouette normale de l'arc moyen. Leur isolement pathologique, dans le présent et dans l'avenir, leur disparition possible enfin, viennent contribuer à élargir cette conception.

La décision à prendre en présence de tels sujets doit cependant être prudente.

Plusieurs examens espacés sont nécessaires pour poser un diagnostic définitif.

En matière cardiologique, lorsqu'on ne se trouve pas en présence de symptômes évidemment organiques, on ne saurait s'entourer de trop de précautions et multiplier les examens pour éviter, par un jugement hâtif, d'orienter le sujet dans un sens qui, s'il est erroné, peut être aussi dangereux pour le physique que cruel moralement.

L'examen clinique et radiologique peut être complété par

L'EXAMEN ELECTRO-CARDIOGRAPHIQUE

Celui-ci est normal dans l'éréthisme simple qui nous occupe.

Il est cependant d'un intérêt moyen en permettant de découvrir parfois des lésions discrètes dont l'éréthisme étant au début la seule manifestation apparente.

Un seul fait nous apparaît relativement fréquent chez ces sujets, c'est la diminution d'amplitude de l'arc de R en D T.

LES EPREUVES FONCTIONNELLES

que nous avons pratiquées nous ont permis de voir que l'exercice était relativement bien toléré chez ces sujets, même lorsqu'il existait un éréthisme cardiaque.

Les variations du pouls, les variations de la tension artérielle après dix genuflexions profondes et rapides sont peu accusées; le retour à la normale est rapide.

Le réflexe oculo-cardiaque ne nous a pas permis de dépister une déviation notable de l'équilibre vago-sympathique chez ces sujets dans un sens ou dans un sens déterminé.

DE LA CONDUITE A TENIR VIS A VIS DE CES MALADES

Qu'il s'agisse de neurothonie simple, ou de souffles anorganiques, il est nécessaire de laisser ces malades au repos en traitement, en observation.

On remarquera, dans la majorité des cas, une amélioration qui parfois sera lente, mais sera toujours observée. Peu à peu, tous les symptômes vont disparaître, le sujet redeviendra normal.

Dans certains cas, nous l'avons déjà dit, on découvrira, se dissimulant sous le masque d'une neurotonie, une cardiopathie d'origine mitrale, ou aortique, ou même à début de myocardite.

Quel est l'avenir de ces sujets?

Si dans les neurotonies simples, après l'examen radiographique et les épreuves fonctionnelles, le cœur reste normal, le sujet peut être déclaré apte au service armé.

Si, au contraire, accompagnant un souffle endopescien, il y a des modifications de l'image de l'arc moyen, il est prudent de retarder la décision et de ne laisser qu'une aptitude réduite, qui selon le degré pourra motiver le classement dans le Service auxiliaire, ou même entraîner la réforme temporaire.

PATHOGENIE DES ACCIDENTS ET DE LEURS CAUSES

Il est difficile d'établir une pathogénie complète de ces accidents. Il semble cependant bien qu'une grande part soit imputable à une origine psychique.

Les conditions de vie d'émotivité répétée, peuvent à la longue entraîner un déséquilibre durable.

L'influence du seul repos régulier à l'hôpital, un retour de quelques semaines dans leur vie familiale, peuvent être suffisants à les faire disparaître.

Toutefois, comme nous l'avons montré précédemment, il s'agissait souvent des sujets calmes, et nous aurions tendance à penser chez ces malades, agités d'un léger tremblement, ayant souvent des globes oculaires saillants, ou même simplement brillants avec un isthme thyroïdien augmenté de volume, que peut-être les conditions d'existence exagéraient une hyperthyroïde jusque-là latente, expliquant les manifestations cardiaques qui rappellent par bien des points celle de la maladie de Basedow.

Il n'est pas rare de voir survenir d'autres manifestations d'ordre neurotonique dans divers appareils.

Manifestations digestives, respiratoires (asthme), manifestations cutanées même.

En principe, ces sujets, tout en étant mis en surveillance, doivent être considérés comme ayant un cœur normal.

TRAITEMENT

De tout ce que nous avons dit précédemment, les grandes lignes du traitement ressortent d'elles-mêmes.

Ce traitement consistera purement et simplement, dans la majorité des cas, en une cure de repos, qu'il sera parfois nécessaire de prolonger assez longtemps.

Chez certains sujets, à cette cure de repos, il pourra être nécessaire d'adjoindre quelques sédatifs (bromure, aspirine) pour que justement ce repos soit plus complet.

Le sujet reprendra par la suite, et progressivement, une activité normale.

OBSERVATION I

D... N..., 29 ans, employé de tramways dans le civil, affecté à un Régiment de Tirailleurs algériens.

Entré à l'hôpital le 10 février 1940, se plaignait de palpitations.

A l'examen, il est simplement constaté un léger érèthisme cardiaque, avec un tout petit souffle anorganique de la pointe, à l'effort on note une assez forte accélération du pouls.

Il est versé service armé, par décision de la Commission de Réforme, et rejoint son corps après 3 jours de convalescence. Il est resté en tout dix jours à l'hôpital.

Mais par suite des excès de marches, les palpitations font leur réapparition.

Il rentre de nouveau à l'hôpital le 2 avril. Il présente alors de la Dyspnée d'effort. A l'auscultation, on constate une tachycardie assez notable, un troisième bruit du cœur un peu sourd ; la pointe est légèrement abaissée.

Il n'y a rien à signaler pour les autres appareils.

Le 11 avril, le cœur redevenu parfaitement normal, ne présente plus aucun signe à l'auscultation.

La compression des globes oculaires est sans résultat après une minute de compression.

Sorti de l'hôpital après guérison.

OBSERVATION II

L... B..., 25 ans, travaillant au P. L. M. Affecté à un Régiment d'Artillerie.

Entré à l'hôpital le 8 avril. Il présente de la dyspnée d'effort avec tachycardie.

Le pouls montant à 100/120 au moindre effort.

Après un repos prolongé, le pouls retombe à 85 pulsations à la minute.

L'état général était bon, rien à signaler pour les autres appareils.

A l'auscultation, le cœur s'avère normal ; on note toutefois un dédoublement du premier bruit.

L'image radioscopique du cœur est normale.

Le pouls descend à 40 pulsations après une demi-minute de compression des globes oculaires.

Est encore actuellement à l'hôpital.

CONCLUSION

Dans ce court exposé, rendu plus bref que nous ne l'aurions désiré étant donné les événements actuels, nous avons voulu contribuer à donner une indication qui puisse orienter les médecins-praticiens dans ces cas difficiles de l'éréthysme cardiaque, où l'erreur peut être aussi préjudiciable à l'individu qu'à la Société.

VU : *Le Président de Thèse,*

M. LAUBRY.

VU : *Pour le Doyen : l'Assesseur,*

A. BAUDOUIN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

LAUBRY. — *Leçons de Cardiologie*, 2 vol. (Doin).

LAUDRY - ROUTIER - WALSER - DOUMER. — *Maladies du Cœur et des Vaisseaux*, (Doin).

VAQUEZ. — *Maladies du Cœur* (J.-B. Baillière).

IMPRIMERIE SPÉCIALE DES ÉDITIONS LEGRAND